



delta lloyd

POLISVOORWAARDEN 2001

ZEKER BETER *POLIS*
INTERNATIONAAL

MODEL F 03.2.12

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Begripsomschrijvingen
Artikel 2	Dekking
Artikel 3	Bijzondere voorwaarden

ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 4	Uitsluitingen en beperkingen
Artikel 5	Grondslag van de verzekering
Artikel 6	Algemeen
Artikel 7	Duur en voortzetting van de verzekering
Artikel 8	Begin en einde van de vergoedingen
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekeringnemer
Artikel 10	Premie en eigen risico
Artikel 11	Wijziging van premie en/of voorwaarden
Artikel 12	Slotbepaling

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Artikel 13	Verzekering 'Hogere klasseverpleging'
Artikel 14	Verzekering 'AWBZ niet-gerechtigden'

ALGEMENE INFORMATIE

Artikel 1

Begripsomschrijvingen (in alfabetische volgorde)

- 1 Adviserend tandarts De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 2 AWBZ De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze zorg wordt niet uit de particuliere ziektekostenverzekering vergoed.
- 3 Bijkomende kosten De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).
- 4 Buitenland Ieder ander land dan het land van vestiging.
- 5 Gezin Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar.
- 6 Medicijnen Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die op voorschrift van een huisarts, tandarts, specialist of kaakchirurg zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. In het kader van de verzekeringsvoorwaarden worden onder geneesmiddelen tevens begrepen bloedproducten en sera die krachtens de daartoe bestemde wetgeving zijn toegelaten.
Niet als geneesmiddel worden aangemerkt en komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking:
 - vaccinaties, ook als deze worden gegeven ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
 - versterkende en voedingsmiddelen;
 - vermageringsmiddelen;
 - tonica, medicinale wijnen en traanproducten;
 - zepen, shampoo, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - vitaminepreparaten, tenzij in geval van duidelijke medische noodzaak;
 - laxemiddelen;
 - verbandmiddelen, tenzij voorgeschreven door de behandelend specialist;
 - groeihormonen, tenzij de verzekeraar van tevoren voor vergoeding van de kosten daarvan schriftelijk toestemming heeft verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld
 - nicotinepleisters en/of nicotinekauwgom.
- 7 Medisch adviseur De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
- 8 Medisch hulpverlener Een ter plaatse van de behandeling gevestigd en als zodanig overeenkomstig de in het desbetreffende land geldende regelgeving algemeen erkend en bevoegd medisch specialist, huisarts, verloskundige, fysiotherapeut, logopedist, kaakchirurg, orthodontist en tandarts.
- 9 Medische indicatie De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 10 Medisch-specialistische zorg Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is erkend.
- 11 Ongeval Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.

12 Verwerking van persoonsgegevens	Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.
13 Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
14 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
15 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
16 Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad.
17 Ziekenhuis	Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
18 Ziekenhuisverpleging	De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk moet zijn.
19 Ziekenvervoer	Het medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

ZEKER BETER`INTERNATIONAAL

Artikel 2

Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp wegens ziekte of ongeval, voor zover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking. De vergoeding geschiedt op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van behandeling, in Nederlands wettig betaalmiddel.

- 1 Ziekenhuisverpleging:
 - 1 Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging in de laagste verpleegklasse, voor de kosten van klinische specialistische en/of kaakchirurgische hulp en voor de bijkomende kosten. Vergoeding vindt plaats tot maximaal 365 dagen.
 - 2 In het geval dat een kind wegens borstvoeding in verband met verpleging van de zieke moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de kosten van verpleging van het kind vergoed op basis van het geldende tarief tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.
 - 3 In het geval dat de moeder wegens borstvoeding in verband met verpleging van een zieke zuigeling in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verblijfkosten van de moeder vergoed op basis van het geldende tarief gedurende maximaal vier dagen. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.
 - 4 De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking mits de transplantatie IN NEDERLAND plaatsvindt: long, hart-long, huid, hoornvlies, beenmerg, nier, nier-alvleesklier, lever (orthotoop) en hart, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

De vervoerskosten naar en van Nederland van zowel de donor als de ontvanger worden volledig vergoed.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze behandelingen erkende instelling en hiervoor wettelijk goedgekeurde tarieven zijn afgegeven.

- 5 De verzekeringnemer is verplicht van een opname in een ziekenhuis, respectievelijk van een overschrijding van de toegestane opnamestermijn, zo mogelijk van tevoren, doch in ieder geval binnen 3 dagen, schriftelijk kennis te geven of te doen geven aan de verzekeraar.
- 2 Nierdialyse Volledige vergoeding voor de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.
- 3 Poliklinische specialistische hulp Volledige vergoeding voor:
 - 1 de kosten van specialistische hulp;
 - 2 de bijkomende kosten;
 - 3 de kosten van operatieve ingrepen door een plastisch chirurg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar op grond van een verklaring van de behandelend arts;
 - 4 de kosten van onderzoek in een audiologisch centrum op voorschrift van een specialist;
 - 5 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
 - 6 de kosten van medicijnen, voorgeschreven door een specialist en gebruikt tijdens de behandeling door de specialist;
 - 7 de kosten voor het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld;
 - 8 de kosten van individuele psychotherapeutische behandelingen door een psychiater, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar, tot ten hoogste 90 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.
- 4 Fysiotherapie Volledige vergoeding voor de kosten tot ten hoogste 24 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een fysiotherapeut.

De kosten van de voortzetting van de behandeling na het bereiken van het hiervoor genoemde aantal worden uitsluitend vergoed na voorafgaande schriftelijke machtiging door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Niet voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van o.a.: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- 5 Logopedische behandeling Volledige vergoeding voor de kosten van ten hoogste 24 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een logopedist.

De kosten van de voortzetting van de behandeling na het bereiken van het hiervoor genoemde aantal worden uitsluitend vergoed na voorafgaande schriftelijke machtiging door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
- 6 Bevalling en kraamzorg
 1. Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis
 - a volledige vergoeding gedurende ten hoogste 8 aaneengesloten dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling, voor de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse;

- b volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp;
 - c een vaste vergoeding van f 250,00 voor elke dag die minder in rekening wordt gebracht, indien de moeder het ziekenhuis verlaat voordat een periode van 8 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling, is verstreken.
- 2. Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis, kraaminrichting, poliklinisch of thuis
 - a volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp, in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
 - b volledige vergoeding voor de kosten van gebruik polikliniek;
 - c een vaste vergoeding van f 2.000,00 per bevalling.
- 3 Combinatie:
 Bij een combinatie van hulp genoemd onder 2.6.1 en 2.6.2 vervalt de vaste vergoeding van f 2.000,00 genoemd onder 2.6.2.
- 7 Tandheelkundige hulp
 - 1 Kaakchirurgische behandeling
 Volledige vergoeding voor de kosten van behandeling of onderzoek door een kaakchirurg, volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard.
 - 2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)
 Volledige vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling verband houdt met een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis).
 - 3 Overige kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie) voor verzekerden jonger dan 18 jaar
 Een vergoeding voor de kosten van behandeling door een orthodontist of door een tandarts tot maximaal f 2.000,00 per verzekerde voor de duur van de verzekering. Indien de aangevangen kaakorthopedische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd, zal voor die behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden tot maximaal het hiervoren vermelde bedrag.
 - 4 Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar
 Vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van f 750,00 per verzekerde per verzekeringsjaar voor behandeling door een tandarts.
- 8 Ziekenvervoer
 - 1 Vergoeding voor de kosten van medisch geïndiceerd ziekenvervoer, indien en voor zover de behandelend arts om medische redenen vervoer per openbaar vervoermiddel onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis, kraaminrichting of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent, overeenkomstig de volgende regeling:
 - a volledige vergoeding voor de kosten van vervoer per ambulance;
 - b vergoeding voor de kosten van vervoer per taxi, alsmede vervoer met eigen auto (f 0,40 per km), met een eigen risico van f 100,00 per polis per verzekeringsjaar.
 - 2 Geen aanspraak op vergoeding van kosten van vervoer kan worden gemaakt bij verblijf in een ziekenhuis voorzover dat kan worden geacht ononderbroken voort te duren, tenzij het interklinisch vervoer betreft.
- 9 Huisartsenhulp, preventieve behandelingen en medicijnen
 - 1 Volledige vergoeding voor de kosten van huisartsenhulp. Onder huisartsenhulp wordt verstaan zowel consulten op het spreekuur van een huisarts, als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde.

2 Preventieve behandelingen

Vergoeding voor de kosten van de volgende preventieve behandelingen:

- a elektrocardiogrammen (ECG 's) (maximaal 1 maal per verzekerde per verzekeringsjaar) tot een maximum van twee maal het CTG tarief voor het consult van een huisarts;
- b baarmoederhalsuitstrijkje tot een maximum van f 20,00 per verzekerde;
- c borstkankeronderzoeken;

Niet voor vergoeding komen in aanmerking visites van een huisarts, gemaakt in een ziekenhuis. Kosten ontstaan door keuringen en andere niet strikt medisch noodzakelijke hulp, worden evenmin vergoed.

3 Volledige vergoeding voor de kosten van medicijnen, voorgeschreven door een huisarts.

10 Hulpmiddelen

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van de aanschaf, vervanging, correctie of herstel van de navolgende door de behandelend arts voorgeschreven medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering: prothesen voor arm, hand, schouder, been of voet; mammaprothesen; gelaatsprothesen; oogprothesen; orthesen voor romp, arm, voet, hoofd of hals; gehoorhulpmiddelen; verzorgingsmiddelen voor incontinentie- of stomapatiënten; pessaria; schoenvoorzieningen niet zijnde orthesen; pruik van synthetisch materiaal; injectiespuiten en -naalden; hulpmiddelen bij diabetes; loophulpen; elastische kousen; zuurstofapparatuur met toebehoren; tv-loupe; longvibrator; vernevelaar met misttent; uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn; apparatuur voor positieve uitademingsdruk; draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek schriftelijk TE VOREN TOESTEMMING heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Artikel 3

Bijzondere aanspraken

1 Buitenland:

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijke en spoedeisende hulp in het buitenland bij een verblijf van ten hoogste 6 maanden;
- 2 Volledige vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- 3 Vergoeding voor de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig, alsmede van de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is, tot ten hoogste f 15.000,00 per gebeurtenis. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de verzekeraar of de Delta Lloyd Hulpdienst als bedoeld in artikel 3.1.6.

Onder repatriëring wordt verstaan: het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar het land van vestiging, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in artikel 3.1.1;

- 4 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland;
- 5 De vergoeding geschiedt op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van behandeling;

- 6 In geval van een acute ziekenhuisopneming in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de verzekeraar of de Delta Lloyd Hulpdienst. De Delta Lloyd Hulpdienst is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer +31-20-69 55 562.
 7. Onverminderd het voorgaande bestaat aanspraak op vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijke hulp, voorzover begrepen in de risicodkking, in Nederland. Geen aanspraak bestaat op vergoeding voor de kosten van vervoer naar en van Nederland, tenzij het gaat om hulp als bedoeld in artikel 2.1.4.
- | | |
|--------------------------------|--|
| 2 Sterilisatie en abortus | Volledige vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus door een specialist in een ziekenhuis. |
| 3 Weefseltyperingen | Volledige vergoeding voor de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantaties, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting. |
| 4 Klinisch genetisch onderzoek | Volledige vergoeding voor de kosten van klinisch genetisch onderzoek, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar. |

ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 4

Uitsluitingen en beperkingen

In een aantal situaties kan er geen aanspraak worden gemaakt op kostenvergoeding.

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 voor de kosten van:
 - vaccinaties, keuringen, attesten en bevolkingsonderzoeken;
 - behandeling door een psycholoog en/of psychotherapeut en psycho-analyse;
 - tandheelkundige implantaten, alsmede voor de kosten van het inbrengen hiervan;
 - inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan;
 - het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
 - alternatieve geneeswijzen zoals: acupunctuur, chelatie- en celtherapie en manuele therapie;
 - vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding wordt wel verleend wanneer er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, lichamelijke ziekte of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
 - kuuroorden, sportmedische adviescentra en sportbandages;
 - verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigen en gehandicapten.
- 3 voor de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met:
 - atoomkernreacties, tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde;
 - onlusten;
 - oproer;
 - burgeroorlog;
 - oorlog;
 - of daarmee in feite overeenkomende toestanden.
- 4 voor kosten die zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of – ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten – een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

Deze verzekering geldt slechts als aanvulling boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege en/of subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.
- 5 als de verzekeringnemer, een verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

Artikel 5

Grondslag van de verzekering

- 1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
- 2 De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het

te verzekeren risico te beoordelen. Beoordeling is niet mogelijk als de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen.

De verzekeraar is bevoegd in deze gevallen zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 6

Algemeen

- 1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden verzekerd.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaats vindt door Delta Lloyd.
- 3 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing dat op verzoek aan de verzekeringnemer wordt toegezonden.
- 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische zorg kan slechts tot gelding worden gebracht voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.

Artikel 7

Duur en voortzetting van de verzekering

- 1 Aanvang van de verzekering
Met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is – ongeacht de gezondheidstoestand van het kind – de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte ter verzekering is aangemeld.
- 2 Duur van de verzekering
De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.
- 3 Einde van de verzekering
De verzekering eindigt:
 - 1 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2;
 - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden;
 - 2 door overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde(n);
 - 3 door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van:
 - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 5.2;
 - b schorsing als bedoeld in artikel 10.2;
 - c bedrog;
 - 4 3 maanden na definitieve terugkeer in Nederland.
- 4 Voortzetting van verzekering na definitieve terugkeer in Nederland
Na het eindigen van de verzekering als omschreven in artikel 7.3.4 kan in ieder geval aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de Standaardpakketpolis, met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van behandeling, verpleging of onderzoek.
- 2 De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hen worden betaald.
Als op de verleende vergoeding nog een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar in rekening gebracht.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- 1 aan de verzekeraar, de medisch adviseur, de tandheelkundig adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 2 de verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van iemand, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed.
- 3 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen op basis van de omvang van de dekking. De nota's dienen te zijn opgesteld in het Engels, Spaans, Frans, Duits of Nederlands. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn.
- 4 bij poliklinische specialistische behandeling een schriftelijke verwijzing van een huisarts of tandarts te overleggen als de verzekeraar hierom vraagt.
- 5 de verzekeraar onmiddellijk in te lichten over het tijdstip van definitieve terugkeer naar Nederland.
- 6 iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst schriftelijk aan de verzekeraar te melden. Voorwaarde is dat deze melding geschiedt binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden van een ziektekostenverzekering ingevolge een wettelijke regeling;
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden;
 - wijziging van bank- of postbankrekeningnummer.Door het nalaten van het hiervoor bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie, zoals gesteld in artikel 10.4. Kennisgevingen

aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Bij het niet nakomen van de in artikel 9 genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Artikel 10

Premie en eigen risico

1 Premiebetaling

De premie en de kosten zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Het is niet toegestaan om de premie en de kosten te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding. Tot het gezin behorende kinderen tot de leeftijd van 18 jaar, genieten een reductie van 50% op de basispremie die geldt voor volwassenen tot 55 jaar. Met ingang van de eerste dag van de maand waarin men de leeftijd van 18 jaar bereikt, is de volledige premie verschuldigd en wordt een zelfstandige polis opgemaakt.

2 Schorsing

Indien de premie en de kosten niet binnen 21 dagen na de vervaldag zijn voldaan, kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een door de verzekeraar vast te stellen termijn, onder vermelding dat bij het niet betalen binnen de gestelde termijn de dekking wordt opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. Voor de ziektekosten, ontstaan in de tijd van opschorting of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, is geen vergoeding verschuldigd.

3 Eigen risico

1 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risico bedrag aan de voet vermeld.

2 Bij aanvang van de verzekering of bij overgang naar een andere verzekeringsvorm in de loop van een verzekeringsjaar wordt een gekozen eigen risico naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden vastgesteld. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 7.3 met uitzondering van artikel 7.3.3, wordt op verzoek van de verzekerde het reeds ingehouden eigen risico verrekend. Dit naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden, met inbegrip van de maand van beëindiging. Het te verrekenen bedrag moet minimaal / 50,00 bedragen.

Een verzoek tot herberekening van het verschuldigde eigen risico of verrekening van het reeds ingehouden eigen risico moet bij de verzekeraar worden ingediend. Voorwaarde is dat dit verzoek binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de wijziging in de verzekeringssituatie zich heeft voorgedaan, is ingediend.

3 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kosten tellen daarnaast ook mee voor het bereiken van een maximumvergoeding als dit voor een onderdeel van de dekking van toepassing is.

4 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het verzekeringsjaar waarin deze is begonnen, wordt op de kostenvergoeding voor deze opname

4 Terugbetaling van premie

alleen het nog openstaande eigen risicobedrag van het jaar waarin de opnamedatum ligt op de kostenvergoeding in mindering gebracht.

Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 7.3.1, 7.3.2 en 7.3.4 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De verzekeraar doet van de wijziging schriftelijk mededeling aan de verzekeringnemer.
- 2 Als sprake is van een premieverhoging of vermindering van dekking, heeft de verzekeringnemer het recht de gewijzigde overeenkomst te weigeren binnen 30 dagen nadat hiervan mededeling is gedaan. In dit geval eindigt de verzekeringsovereenkomst per de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging. Dit recht op beëindiging is niet van toepassing als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen. Een wijziging ten gevolge van aanpassing op grond van leeftijd van de verzekerde wordt niet als premieverhoging in de zin van dit artikel aangemerkt.
- 3 Als de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 11.1 bedoelde datum geen schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer heeft ontvangen, wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 12

Slotbepaling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
Alle geschillen uit deze overeenkomst dienen te worden onderworpen aan het oordeel van de bevoegde rechter te Den Haag.

AANVULLENDE VERZEKERING

Artikel 13

Verzekering "Hogere Klasseverpleging"

- 1 Aanvullende voorwaarden De voorwaarden van de basisverzekering zijn van toepassing met uitzondering van de artikelen 2, 3.1.1 t/m 3.1.6, 3.2 t/m 3.4 en 10.3.
- 2 Dekking
 - 1 Medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in Nederland
Vergoeding wordt verleend tot maximaal de tussen de verzekeraar en instelling overeengekomen tarieven van de in Nederland gemaakte kosten voor:
 - 1 Tweede klasseverpleging in een ziekenhuis.
 - 2 Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.

Artikel 14

Verzekering 'AWBZ-gerechtigden'

- 1 Aanvullende voorwaarden Deze verzekering is uitsluitend van toepassing voor verzekerden die verzekerd zijn krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- 2 Dekking:
 - 1 Verstrekkingen AWBZ
Vergoeding van de volgende verstrekkingen krachtens de AWBZ met inachtneming van de in of op basis van die wet gestelde regels. Voor zover in de AWBZ niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het op de AWBZ-verzekering van toepassing zijnde verzekeringsreglement van de verzekeraar. Voor de toepassing van de AWBZ geldt de inschrijving als verzekerde bij de verzekeraar tevens als inschrijving krachtens de AWBZ.
 - a verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis;
 - b verpleging op een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis;
 - c niet-klinische psychiatrische hulp;
 - d hulp in een psychiatrische polikliniek;
 - e psychiatrische deeltijdbehandeling;
 - f niet-klinische psychotherapeutische behandeling.
 - 2 Eigen bijdragen AWBZ
Vergoeding voor de in dit artikel onder a genoemde hulp, in aanvulling op de dekking die wordt geboden door de AWBZ. De vergoeding wordt alleen verleend aan verzekerden die verzekerd zijn krachtens de AWBZ en als is voldaan aan de in of krachtens deze wet gestelde voorwaarden en regels.
 - a Niet-klinische psychiatrische hulp
vergoeding voor de krachtens de AWBZ door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen per zitting, van niet-klinische psychiatrische hulp in geval van individuele psychotherapie, van groepspsychotherapie, van partner-relatiepsychotherapie en van gezinspsychotherapie. Een en ander tot het in of op basis van de AWBZ vastgestelde maximum per jaar per verzekerde dan wel, in geval van gezinstherapie, per gezin.

ALGEMENE INFORMATIE

Belangrijke aanwijzingen

- 1 Afhandeling van nota's
Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het declaratieformulier volledig ingevuld met de originele nota's samen met de eventueel benodigde medische verklaring in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie.
Na afhandeling van de nota's wordt een nieuw declaratieformulier met een afrekenspecificatie toegezonden. Op deze specificatie is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken.
Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.
- 2 Ingezonden nota's
Nota's waarop gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd die, bijvoorbeeld door een eigen risico aan de voet van de verzekering, niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze op het openstaande eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.
- 3 Nota specificatie
Op de nota's moet onder andere worden vermeld:
a de data van de consulten en/of behandelingen;
b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
c welke vorm van hulp is verleend;
d UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
e naam en betaalgegevens van de hulpverlener.
- 4 Medicijnen
Door de apotheker of apothekhoudend arts moet o.a. op de nota's worden aangegeven:
a door welke arts de medicijnen zijn voorgeschreven;
b voor wie de medicijnen zijn bestemd.
- 5 Opneming in een ziekenhuis
In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland moet contact opgenomen worden met de Delta Lloyd Hulpdienst. Op verzoek wordt een garantieverklaring aan het ziekenhuis gezonden.
- 6 Bedenktijd
Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.
- 7
Heeft u met Delta Lloyd Zorgverzekering NV een verschil van mening met betrekking tot deze verzekering dan kunt u dat meningsverschil voorleggen. Dan wordt een zelfstandig onderzoek ingesteld, waarna u een reactie ontvangt.

Het adres is:
– Delta Lloyd Zorgverzekeringen NV
Postbus 29677
2502 LR Den Haag